SEÑOR PRESIDENTE.-Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 10 y 23 minutos)

La Comisión de Salud Pública integrada con la de Hacienda del Senado tiene el gusto de recibir a representantes de la Red de Sindicatos de Trabajadores de las Emergencias Móviles, quienes oportunamente enviaron una nota solicitando ser recibidos por esta Comisión a efectos de exponer su punto de vista sobre el proyecto de ley del Sistema Nacional Integrado de Salud que en este momento está siendo considerado en este ámbito.

Les cedemos el uso de la palabra.

SEÑOR MUNIZ.- Buenos días y muchas gracias por recibirnos.

Nosotros integramos la Red de Sindicatos de Emergencias Móviles que nuclea a todos los trabajadores centralizados y no centralizados -comúnmente llamados tercerizados- que trabajamos en dicho sector.

En plena discusión del Sistema Nacional Integrado de Salud, nuestra preocupación apunta a debatir sobre la falta de definiciones que sobre este sector existe en el Ministerio de Salud Pública. Sabemos que la Cámara de Emergencias Móviles, que nuclea a las patronales, ha estado en alguna Comisión del Parlamento a los efectos de plantear sus inquietudes. La diferencia que tenemos con las patronales consiste en que nosotros hemos elaborado un proyecto sobre cómo deberían insertarse las emergencias móviles dentro del nuevo Sistema de Salud que se está debatiendo. Esta propuesta se ha ido elaborando en conjunto con todos los trabajadores del sector y comenzó a gestarse con una jornada que realizamos hace un año, el 17 de marzo en la Intendencia Municipal de Montevideo, donde expusieron las patronales en las Cámaras de Montevideo e Interior, la Federación Uruguaya de la Salud, el Parlamento representado por la Senadora Mónica Xavier, el Ministerio de Salud Pública -por el doctor Tabaré González- los trabajadores médicos del sector y los trabajadores no médicos representados por nosotros.

Nosotros estamos totalmente de acuerdo con el espíritu del Sistema Nacional Integrado de Salud. Es más, desde la Federación Uruguaya de la Salud -a la cual pertenecemos- impulsamos este nuevo sistema, pero entendemos que con respecto a este sector hay una serie de indefiniciones muy claras.

En ese sentido, a partir de la jornada de debate del 17 de marzo, continuamos trabajando y hemos mantenido reuniones con las patronales, con el Ministerio de Salud Pública y, en particular, con el economista Olesker. Además, elaboramos un proyecto de trabajo que, inclusive, presentamos en estos últimos meses en los Consejos Departamentales Asesores de Salud del departamento de Canelones y que ha servido de base para la discusión de la inserción de estas emergencias móviles.

Claramente, tenemos características muy diferentes al mutualismo, pero entendemos que debemos cumplir un rol importante dentro del sistema de la salud.

Nuestro compañero Roberto Giraldez va a exponer el proyecto que elaboramos, pero previamente quisiéramos hacer entrega a la Comisión del material que hemos traído. Me refiero al documento que presentamos en marzo del año pasado, el desarrollo del trabajo que elaboramos con respecto a cómo insertar a las emergencias móviles -inclusive, lo hemos grabado en un CD para que pueda ser copiado- y todas las exposiciones de la jornada del 17 de marzo del año pasado, que también las trajimos en un CD.

SEÑOR GIRALDEZ.- Vamos a tratar de dar a los señores Senadores los titulares de un trabajo que nos llevó un par de años de elaboración. Antes de venir aquí, mirando en el informativo la situación de Durazno y de Treinta y Tres debida a las inundaciones, pensaba en el volumen de trabajo que tienen los hospitales y las mutualistas de esa zona y las tareas que actualmente están desempeñando las móviles en ese lugar.

Realmente, en las móviles estamos acostumbrados a trabajar en la primera línea con los Bomberos, la Policía y el Ejército. Hoy las móviles están realizando esa tarea. Nosotros elaboramos el trabajo en base a la realidad que hoy tienen las móviles en el país. Utilizamos los criterios que se manejan en el sistema, como la complementación, la integración y la optimización de los recursos y, sobre esa base, empezamos a constatar la falta de regulación que existe en un sector que creció enormemente, que tiene una cobertura nacional no completa y que se hizo en función de legítimos intereses empresariales, porque al empezar no estaba regulado y las empresas se fueron ubicando en los centros poblados, porque era la forma de subsistir y de obtener rentabilidad.

Sin embargo, bien o mal, se hizo una red nacional que actualmente existe y, en nuestro planteo, tratamos de que ella se optimice por la vía de la integración con ASSE y con los efectores integrales o parciales de cada una de las localidades y regiones del país. Nuestro proyecto apunta a la regionalización. Pensamos que las móviles tienen una función que cumplir y, en tal sentido, analizando la situación que hoy se está viviendo a raíz de las inundaciones en relación con el proyecto que estamos elaborando, vemos que coincide lo que se está haciendo con lo que nosotros planteamos. Decimos que se deben dividir las tareas que cumplen las móviles y planteamos un escenario con unidades especializadas y unidades de mediana y baja complejidad. Las unidades de alta complejidad o especializadas, son las que actualmente conocemos y están a cargo de un médico, un chofer y un enfermero; las de mediana complejidad, habitualmente se desempeñan con un chofer y un enfermero; y las de baja complejidad, pensamos que sería el médico con vehículo que hace los llamados de radio y de urgencia. Esa tendencia que hoy en día marca la realidad en la que trabajan las móviles, en este proyecto pretendemos invertirla, porque pensamos que se debe dar un fuerte apoyo a las policlínicas de las móviles y transformarlas en centros de primer nivel de atención. Esto tiene una gran importancia en el interior del país y, en tal sentido, este proyecto ha sido pensado junto con los trabajadores de las móviles con una orientación más hacia el interior que hacia Montevideo. ¿Por qué decimos esto? Porque apuntamos a la regionalización y esa realidad de red nacional que comprenda a los centros poblados pensamos que se debe mantener, pero extendiéndose a todas las regiones del interior que actualmente no tienen cobertura.

En el Consejo Asesor de Canelones veíamos cómo alrededor de los ejes de las Rutas 5 y 8 se concentran los 208 efectores de salud que hay en el departamento, dejando enormes zonas negras en los límites del mismo. Nuestro planteo apunta a que en esas zonas oscuras que hoy están sin asistencia se deben establecer las policlínicas utilizando los recursos existentes; insistimos en que esto no significa mayor gasto, ya que tiene que haber una complementación y una integración de los recursos de que se dispone. Para ello, esas policlínicas deben tener la capacidad de resolución de los centros de primer nivel que hoy no tienen. Con esto nos referimos a que las policlínicas solucionen el 80% de las situaciones planteadas en las consultas.

En el planteo que hacemos también pedimos que se normatice el sector que actualmente está totalmente desregulado, con muy pocas normas que lo rijan y sin indicadores de calidad, más allá de los estudios solicitados por cada una de las empresas a determinadas consultoras, que se deben tomar como buenos. Lamentablemente no existe por parte del Ministerio de Salud Pública un seguimiento y un control de calidad de la actividad de las móviles. Como trabajadores de ese sector desde hace 20 y 25 años, debemos decir que lo conocemos y lo valoramos y que sabemos lo bueno que es para la sociedad, porque cumple funciones que no brinda el mutualismo. Al respecto, la preocupación que hoy tenemos es que tampoco la van a dar, por lo menos en el futuro inmediato. Precisamente allí es donde nosotros pedimos que haya una regulación asistencial por parte del Ministerio de Salud Pública que normatice el trabajo de las móviles.

Sabemos que hay experiencia internacional en ese sentido y que es un sector que se puede normatizar fácilmente, pero también debe haber voluntad política para exigir que esas normas se cumplan. Actualmente existe una gran diferencia entre las diferentes móviles del país, tanto en lo asistencial, como en lo laboral y en lo salarial, advirtiéndose por lo menos tres realidades bien definidas: una es la que podríamos llamar "Cámara de Emergencias Móviles de Montevideo", otra es la de las móviles pertenecientes a la FEMI y hay una última compuesta por las móviles independientes, que en alguna medida trabajan relacionadas con las de Montevideo a través de las redes. Las realidades son diferentes, reitero, en lo asistencial, en lo laboral y en lo salarial. Por eso también planteamos que debe existir una regulación económica de la actividad de las móviles y, al respecto, tenemos una gran preocupación porque lo que se está planteando para el sector en cuanto a la integración de las móviles al nuevo sistema a través del pago de los "clave rojo", de los "clave uno" y de los llamados de emergencia, va a generar una gran inestabilidad en el sector y, a nuestro juicio, en el propio sistema en general.

Nosotros observamos que si las móviles no cumplen la función que hoy tienen, el sistema va a colapsar desde su base. La realidad del mutualismo y de ASSE, la que vivimos cada día quienes trabajamos en las móviles, es que las puertas de emergencia están saturadas; tenemos esperas de dos, tres, cuatro y hasta seis horas para internar un paciente. Esto ocurre tanto en el mutualismo como en Salud Pública. Entonces, desconocer la tarea que las emergencias médico-móviles realizan desde hace muchos años nos parece un error y representa un riesgo para el sistema, al que apoyamos desde la Federación. En este sentido, pensamos que es una de las soluciones o el primer paso a la solución de lo que es la falta de políticas sanitarias en el país.

Por otro lado, nos preocupa la regulación económica, porque en nuestro trabajo planteamos que se aplique un porcentaje de la cápita. No lo hicimos caprichosamente, sino sobre la base de lo que es el Sistema Nacional Integrado de Salud. La cápita responde al mejor uso de los recursos. A nivel internacional se ha demostrado que este sistema de financiación de la salud es el más adecuado, porque se utiliza más dinero en el que tiene más necesidad y menos dinero en el que tiene menos necesidad. Pensamos que ese concepto -que es el válido para el sistema- es el mismo que se debe aplicar a la tarea de las emergencias médico-móviles porque, al igual que en el mutualismo, el mayor de 65 años consulta más y también éste llama más a aquel servicio, tal como sucede con el menor de 1 año, que hace lo propio en el mutualismo.

Entonces, el concepto de cápita adaptado al riesgo es tan válido para el mutualismo como para las emergencias médico-móviles. Por esa razón, en nuestro trabajo planteamos exactamente eso, o sea que el servicio de pago de las emergencias médico-móviles debe ser por capitación ajustada a riesgo. El hecho de poner un precio de referencia tiene varios riesgos. En primer lugar, reproduce y abona el actual sistema. Si existe un precio de referencia y el sistema mutual o ASSE van a contratar el servicio con una emergencia médico-móvil tomando como base un indicador económico, el concepto que tenemos de que el sistema debe regirse por normas asistenciales y no económicas se cae en lo que respecta a dichas emergencias, porque la competencia va a ser la misma que existe hoy y se va a reproducir la situación actual donde se compite por menor costo y no por mayor calidad ni mayor eficiencia.

Por lo tanto, no estamos de acuerdo con que exista un precio de referencia. Pensamos que debe existir un porcentaje de esa cápita que debe tener valor nacional. Obviamente, debe ser la misma en todo el país. El Ministerio también tendrá que regular la estructura asistencial que debe tener cada emergencia médico-móvil para asistir a la cantidad de afiliados que dice tener o que pretender atender. Hoy en día eso no existe, porque hay libertad total. Tenemos situaciones de competencia desleal donde empresas estructuradas tienen que competir contra otras que, primero, hacen el convenio de asistencia y después se preocupan de tener los recursos necesarios para atender a quienes afilió. Ese desconocimiento y falta de regulación del sector lleva a situaciones bastante enojosas y molestas para quienes estamos en las emergencias médico-móviles, al punto que las que históricamente no han respetado los laudos ni las cargas horarias -hacen cualquier cosa con sus trabajadores- hayan recibido premios de calidad empresarial. Es bastante duro estar de este lado del mostrador sin poder firmar un convenio de adecuación salarial en varios años y ver cómo determinadas empresas reciben premios de calidad. Insisto en que tomamos esa situación como un desconocimiento del sector.

Por lo tanto, a nuestro juicio el valor de referencia abona la mercantilización del trabajo de las emergencias médico-móviles. Consideramos que está bien que haya un valor de referencia para una cirugía estética-cosmética, pero en este caso estamos hablando de que con dicho valor lo que se va a discutir en precio es un paro cardíaco, un politrauma grave o cualquier emergencia real de vida. Si tenemos un precio de referencia, para cubrir eso las empresas van a ir a negociar en base a él y no a la calidad, no a la estructura asistencial, etcétera.

Si nos ponemos a hablar de estos temas, les adelanto que podemos seguir un largo rato, pero quiero decir algo respecto a la última regulación. Nosotros planteamos esa regulación asistencial, así como también la regulación económica y laboral. Luego de analizar distintas intervenciones de las Cámaras, debo decir que nosotros no coincidimos con muchas cosas que se dijeron. Ninguna emergencia móvil del sector paga el 100% ni el 50% por encima del laudo; en cambio, sí son muchas las emergencias móviles que ni siquiera llegan al 50% del laudo.

Entonces, cuando desde la Cámara se habla de que se paga el laudo, nosotros decimos que no es así. El laudo de las emergencias móviles está equiparado a un área especializada, por ejemplo, CTI. Eso significa que sobre el sueldo base de la FUS hay un 20% por sector especializado. Los trabajadores que están en el área asistencial son los conductores -que son especializados- y

Enfermeros grado I y II. Dentro de esa desregulación y dentro de ese universo de cosas que han hecho -algunas veces hemos comentado esto entre los compañeros- resulta increíble la capacidad de inventiva que tienen las empresas de emergencias móviles para evadir lo que son las leyes nacionales a nivel laboral y lo que es laudo de la salud. Podemos decir que no hay ninguna que pague ni siquiera el 50% por encima del laudo porque, de hecho, consideran como laudo solamente al sueldo base de la FUS y desconocen que se trata de un sector especializado y que está equiparado al de un CTI.

Por otra parte, ellos dicen que un gran volumen de su dinero va destinado a la masa salarial, pero nos gustaría saber cuál es la discriminación -nunca la hemos sabido- de esa masa salarial, es decir, qué parte corresponde a los trabajadores no médicos y cuál a los cargos gerenciales. Esto lo hemos preguntado en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social -y hay constancia de ello en las actas- y las empresas nos han contestado que esa es información reservada.

Entonces, cuando hablamos de ese volumen de masa salarial, podemos decir que no estamos ni cerca del que manejan porque, por otro lado, ni las mismas empresas saben a ciencia cierta cuál es el costo. Por ejemplo, puedo decirles que en una emergencia móvil de Montevideo, en un cargo de enfermero, hoy en día, hay cuatro trabajadores que tienen cuatro salarios distintos, cuatro realidades laborales diferentes y que, como dije, están realizando sus tareas ahora mismo arriba de las ambulancias. Digo esto porque, aparte del trabajador que es de la emergencia móvil, tenemos dos, tres y hasta cuatro proveedoras de personal y cada una de ellas trabaja en forma distinta, por lo que algunas de esas personas hacen aportes al Banco de Previsión Social mientras que otras no. Esto es así, porque se evaden esos aportes; en algunos casos, incluso, se elude pagar al Banco de Seguros del Estado.

En consecuencia, en virtud de esa desregulación hay un abuso de las tercerizaciones y, muchas veces, un uso indiscriminado de los despidos masivos. Cuando leímos la versión taquigráfica de esta Comisión del Senado, advertimos que se dijo que se trataba de un sector en el que no había despidos masivos, pero debo aclarar que sí los hubo y muy duros y que, coincidentemente, fueron un regalo de Navidad, porque se produjeron a fin de año.

Además, se hizo un uso masivo de los seguros de paro rotativos y sin pérdida de puestos de trabajo, durante dos años. Esos lugares de los trabajadores que estaban en el seguro de paro eran cubiertos por trabajadores tercerizados que ganaban la tercera parte de lo que cobraba el que había ido al seguro, en muchos casos, con una desregulación laboral tremenda.

Para ir redondeando nuestra exposición, quiero decir además que todo esto que hablamos de la desregulación laboral es el motivo por el cual los trabajadores de la Red y desde la Federación -quienes estamos en su Consejo Central- no estamos de acuerdo con la formación de un subgrupo en el sector de las emergencias móviles, porque si esta situación se dio en un sector medianamente regulado, consideramos que hacerlo sería, sencillamente, ponernos un cuchillo entre los dientes para ir a la guerra; la desregulación laboral que se produciría con un subgrupo sería tremenda y es por eso que no apoyamos la formación de un subgrupo. Es más, vamos a proponer al Consejo Central de la FUS que en el próximo Consejo Superior de Salarios plantee el cierre de la Comisión de Emergencias Móviles.

Sobre fines del año 2005, con la FEMI, con UCAR, con 1727, con la Red SIEM, con la Red RENASEM, en definitiva, con la Cámara -porque quienes firmaban por Red SIEM y por Red RENASEM son los integrantes de la Cámara de Emergencias Móviles- acordamos que se necesitaba homogeneizar el sector y cumplir íntegramente con el laudo del Grupo 15, porque de esa forma se terminaba con la competencia deshonesta. Los funcionarios presentamos un documento como insumo de trabajo, ya que pretendíamos intentar discutir para regularizar el sector.

Del 2005 al 2007 corrió mucha agua bajo el puente y en ningún momento las patronales de las emergencias móviles estuvieron dispuestas a discutir esos documentos. Por lo tanto, si esta es la realidad de regulación -o sea, tremenda- y si una vez establecidos los ámbitos de negociación para regularizar el sector las patronales no los quisieron, pensamos no sólo que no se debe abrir un subgrupo, sino que debe desaparecer el sector de las emergencias móviles e integrarse definitivamente al Grupo 15, como de hecho lo está. Luego, en el futuro, discutiremos, vía estatuto del trabajador de la salud o vía reforma, los puntos que quedan por analizar, es decir, básicamente, cargos laborales.

Esos son, más o menos, los titulares sobre nuestro trabajo en este sector.

SEÑOR GARCIA.- Sin querer sobreabundar a lo dicho por Giraldez, primero quisiera agradecer el habernos recibido. En segundo lugar, voy a aclarar nuestra posición.

Independientemente de que nuestra postura comprende determinados reclamos y solicitudes exclusivamente de índole laboral -que no es menor- quizás pecando un poco, creemos que es bastante más objetiva y contemplativa que la del resto de los actores sociales involucrados en esta reforma de la salud, por lo menos que muchas otras que hemos escuchado. Básicamente, lo que planteó el compañero -que tendrán oportunidad de analizar en el documento que está en el material que entregaremos- es un proyecto que si bien ha surgido de nosotros, pretendemos que contemple todos los aspectos, tanto los asistenciales, con el consiguiente beneficio para todos los usuarios o sea para toda la población, como los aspectos financieros, puesto que dentro de la reforma y creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, este es un sector que compromete empresas con fines de lucro, a diferencia de los efectores. Sin embargo, se pretende contemplarlo mediante un proyecto de financiamiento -tal como se dijo- trasladando un porcentaje de la cápita y no generando mayores costos ni gastos, sino comprendiendo que el traslado de ese porcentaje de la cápita no solamente es equitativo -por cuanto la función es proporcional al riesgo y a la demanda de acuerdo con el tipo de paciente y de usuario- sino también que el volumen de asistencia cubre este tipo de servicio. Esta situación generaría -frente a planteos que se han hecho por parte del Poder Ejecutivo o frente a la ausencia de planteos de otros sectores- un punto muy traumático a la hora de comenzar a implementar este Sistema. No pretendemos que esta integración sea como la que proponemos en el proyecto -porque no creemos ser iluminados- pero consideramos que debe contemplar realmente este tipo de servicios. Decimos esto, porque los servicios de urgencia, el segundo nivel de asistencia y los servicios de urgencia del sistema mutual y público se verían seriamente afectados si no existiera una forma que contemple la integración. Cabe aclarar que no me refiero solamente a la financiación de las empresas para que puedan ofrecer una respuesta adecuada, sino a la que se destina a los recursos materiales y humanos que se están aplicando a estos efectos. Creemos que el liberar directamente la dependencia o la subcontratación de este tipo de servicios con cada uno de los efectores, sin duda traería aparejado depender muchísimo más del mercado que de ningún otro tipo de regulación con los efectos que, a lo largo de los años, hemos tenido oportunidad de atestiguar en materia de abaratamiento de costos para ofrecer mejor competencia. Incluso, este abaratamiento de costos siempre se tradujo en una reducción de estructuras con demoras en los servicios y en las atenciones, así como en el deterioro de las condiciones laborales de los trabajadores.

Asimismo, quiero decir que desde el punto de vista laboral, somos uno de los sectores más vulnerables. Esto es algo que lo tenemos bien presente, porque ha sido expuesto tanto por las Cámaras como por otras empresas. Entonces, reitero que de no existir una regulación al respecto, esta situación sería muy traumática para nosotros.

Básicamente, quiero recalcar -además de lo ya señalado por los compañeros- que nuestra intención no es solamente la de marcar los problemas, sino las posibles soluciones a contemplar en el presente proyecto de ley.

SEÑORA PERCOVICH.- Dado que aquí se habló de la experiencia de Canelones, que está encaminada, me gustaría conocer más a fondo sobre el particular.

SEÑOR SOCA.- Antes que nada quiero agradecer que nos hayan invitado a concurrir a este ámbito.

Concretamente, en Canelones se está recorriendo todo un camino hacia lo que será el Sistema Nacional Integrado de Salud, donde están participando todos los actores, tanto públicos como privados. Dentro de estos últimos incluimos a las emergencias móviles que existen en el departamento.

Ahora bien, complementando un poco lo ya expresado por los compañeros, quiero señalar que el espíritu del documento que presentamos es el de hacer prevalecer lo que es la atención primaria; esto es, la atención de la persona antes de llegar a la internación. Cuando aquí se habla de que las móviles asisten a 1:800.000 personas por año, de las cuales un 80% o un 90% no son internadas, se debe a que detrás de esto existe todo un trabajo de atención primaria. Sin embargo, nosotros consideramos que este trabajo no es tal, máxime si tenemos en cuenta la forma en que se lleva adelante. Ahora bien, si se cambia el direccionamiento de nuestro trabajo haciendo hincapié en policlínicas que tengan un cierto grado de resolución y que puedan brindar otro tipo de servicios, en donde se atienda realmente lo que se pretende, como es la atención primaria, nosotros estaríamos en condiciones de ocupar ese espacio como emergencias móviles.

En Canelones se está llevando a cabo todo un proceso de complementación de los distintos actores. Esto se está haciendo en el área metropolitana donde, de pronto, esta tarea resulta más difícil. Por ejemplo, en Miguez -por citar un lugar que todos conocen- hay algunas experiencias de complementación por parte de actores tanto públicos como privados.

Ese es el proceso de elaboración que se está llevando adelante en el departamento de Canelones, aunque falta esa síntesis que mencionaba. Se está trabajando en distintos índices temáticos, sin hablar mucho de puntos concretos como las cápitas, etcétera; en fin, lo que planteamos es de qué manera se va ir construyendo el camino hacia un Sistema Nacional Integrado de Salud. Como Federación creemos que esto no se construye solamente con la frialdad de una ley y sus interpretaciones, sino que debemos caminar hacia eso a través del cambio de direccionamiento que hoy tienen las emergencias móviles, que son quienes poseen la experiencia y los medios para desarrollar y fortalecer ese primer nivel de atención.

Muchas veces, por razones económicas se da el multiempleo, con lo cual además de trabajar en una móvil, lo hacemos en una IAMC y naturalmente somos conscientes de que para las mutualistas a veces es muy difícil desarrollar toda una infraestructura de atención primaria, por el consiguiente aumento en los costos y todo lo demás. En realidad, con lo que existe actualmente se puede hacer el esfuerzo, la complementación necesaria y, como decía el otro integrante de nuestra delegación, acompañarlo con cápitas, etcétera. Personalmente, no cuento con toda la información, pero creemos que cuando se elaboran esas cápitas seguramente han quedado en el tintero 1:800.000 personas que no reciben asistencia en un sanatorio y permanecen en su casa. En muchos casos, quizás, fueron atendidos pero no de la mejor manera, porque la emergencia móvil, por ejemplo, calma un dolor abdominal, pero muchas veces luego no se llevan adelante los seguimientos y estudios correspondientes.

En Canelones, la idea es tratar de unificar historias y poner en práctica planes de prevención.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si los señores Senadores no desean realizar más preguntas, agradecemos a la delegación de la Red de Sindicatos de Trabajadores de las Emergencias Móviles por haber concurrido a este ámbito para exponer su punto de vista sobre la iniciativa que estamos tratando. La Comisión va a seguir trabajando sobre el tema y los mantendremos informados ante cualquier eventualidad.

(Se retira de Sala la delegación de la Red de Sindicatos de Trabajadores de las Emergencias Móviles)

(Ingresan a Sala el señor Decano de la Facultad de Medicina y su asesor)

La Comisión de Salud Pública integrada con la de Hacienda del Senado tiene el gusto de recibir a una delegación de la Facultad de Medicina, integrada por el señor Decano, doctor Felipe Schelotto y el señor Federico Ferrando, quienes concurren a solicitud de algunos señores Senadores para dar su punto de vista sobre el proyecto de ley del Sistema Nacional de Salud Integrado, que está siendo objeto de consideración por este Cuerpo.

SEÑOR SCHELOTTO.- Agradecemos la invitación cursada porque, realmente, la Facultad precisa exponer y dar a conocer su punto de vista sobre este tema, en el que estamos plenamente comprometidos, de tal modo que con muchísimo gusto concurrimos a esta sesión. Digo "asistimos", porque vine acompañado por el señor Federico Ferrando, Asistente Académico del Decano y, en breve, llegará el doctor Francisco González.

Como ustedes saben, en estos días estamos muy contentos, porque han acreditado la Carrera de Medicina a nivel del MERCOSUR, después de bastante trabajo y de idas y venidas en el tema. De modo que ahora la Facultad es válidamente lo que dice ser.

El Orden de los estudiantes, de los egresados, de los docentes y la propia Facultad, en su conjunto, tienen una clarísima tradición de elaboración y aporte en el sentido de construir un Sistema Nacional de Salud o un Servicio Nacional de Salud, siguiendo las distintas versiones o posibilidades que se han manejado a lo largo de los años. Mi primer contacto con este asunto se produjo en el año 1972, durante la Convención Médica Nacional, en la que se discutieron diferentes temas como el del Servicio Nacional de Salud, el del estatuto de trabajo médico, el de la colegiación médica y el del

Seguro Nacional de Salud. Finalmente, 30 ó 40 años después, parecería que estamos en condiciones de ponerlos en marcha.

Nuestra posición frente al proyecto de ley que se ha presentado, en forma global, es favorable. Estuvimos discutiéndolo expresamente en el Consejo de la Facultad y hemos analizado los objetivos, la organización, las intenciones y los procedimientos. En general, nuestra posición es francamente favorable al tipo de construcción que se proyecta. Cuando utilizo el término “tenemos”, estoy haciendo referencia al conjunto de los actores que integran la Facultad. A su vez, han surgido algunas dudas y propuestas alternativas de opinión, en cuanto a si es pertinente un Sistema Nacional Integrado de Salud, es decir, un Servicio Nacional de Salud, con más énfasis en lo público, tal como se ha señalado o proyectado en algún momento. También nos hemos cuestionado si la organización debe contemplar del mismo modo a los servicios públicos y privados o si habrá que atender especialmente y dar énfasis a la responsabilidad estatal. Creemos que en relación a esto puede haber distintos matices, los que podrán plantearse dentro y fuera de la Facultad. Reitero que globalmente el proyecto de ley resulta favorable.

Como comprenderán, no hemos realizado estudios jurídicos o económicos detallados del proyecto de ley porque, lamentablemente, este no es el punto fuerte de nuestra Facultad. Si bien hoy estamos participando de una Comisión que está integrada con la Comisión de Hacienda, nos interesa aclarar que nuestros aportes en esos aspectos no serán demasiado abundantes.

Por otro lado, compartimos la propuesta de un cambio en el modelo de atención, ya que se pone énfasis en la atención primaria de la salud y en el primer nivel y su desarrollo, en la organización de la financiación con un modelo de tipo seguro -así está previsto- y en la organización de los servicios coordinados en distintos niveles, con exigencia de integralidad y de prestaciones mínimas exigibles a todos los servicios que se incorporen al sistema. Estos tres aspectos, es decir, el cambio del modelo de atención, la financiación y la organización son, en general, compartibles.

Nuestra Facultad está haciendo un esfuerzo especial por desarrollar su aporte en lo relativo al énfasis en el primer nivel de atención, en la formación y el desarrollo de las actividades en dicho nivel y en el desarrollo del Instituto de Atención Primaria de Salud que está pensado no solamente como un organismo de la Facultad, sino de toda la Universidad. En relación a esto último, debemos decir que la Universidad lo ha tomado como una iniciativa de conjunto.

El énfasis en la medicina familiar y comunitaria, el énfasis en la formación del médico general, en la capacidad de atención en el primer nivel, todo eso es compartido y construido, en lo posible, en conjunto por nuestra Facultad.

Nuestra Facultad y la Universidad, en general, han tenido una relación especialmente estrecha con el sector público de la atención de salud y de la formación en recursos de salud; esto es histórico, proviene de decenas de años y no se trata de algo decidido por estas Instituciones. Habitualmente, nuestros gestos de formación, nuestra organización del sistema docente asistencial, han podido ser combinados eficazmente con los actores públicos del sistema y no ha recibido la misma voluntad e interacción con otros integrantes del mismo; sin perjuicio de ello, la Facultad y la Universidad en general tienen la voluntad expresa de coordinación de trabajo con todos los componentes del sistema de salud que ahora se incorporarían en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Si bien nuestras actividades están concentradas, la competencia de nuestra actividad en la formación de recursos humanos, en la enseñanza y en el aprendizaje, se desarrolla también en el plano de la investigación, de la asistencia y de la extensión. Es decir que las funciones universitarias son todas estas y, especialmente, a propósito del tema que estamos considerando, hay que destacar que la Facultad realiza una función de asistencia vinculada a la docencia y a la investigación que tiene su relevancia en el conjunto del sistema de salud.

A fin de obtener información sobre este tema sólo en términos económicos, diré que la participación del gasto en salud o sea lo que invierte la Universidad, en general, en asistencia, en atención de salud, puede estimarse en no menos de 15% a 20% de lo que invierte en este momento ASSE. Esta cifra surge sólo midiendo en términos de pesos, según una estimación que data del año 2004, realizada por un grupo asesor del gremio médico y sin tener en cuenta todo lo que se aporta para investigación, incorporación de conocimientos, formación de recursos humanos, lo que es

inestimable en términos económicos. O sea que nuestro compromiso con el sistema de salud es importante en diversos aspectos.

Además, expresamente hemos realizado convenios de interrelación que fundamentan la actividad docente asistencial. Tenemos un convenio marco interinstitucional con el Ministerio de Salud Pública, que fue formalmente suscrito en el año 1998 y que recoge lo que ha sido la tradición del trabajo conjunto de decenas de años que, en su determinación de objetivos, pretende consolidar formalmente la relación asistencial, docente y de investigación entre el Ministerio de Salud Pública - ASSE y la UDELAR, a través de la inserción de servicios docentes de esta, en las Unidades Ejecutoras dependientes del Ministerio de Salud Pública - ASSE, acreditadas a tal fin.

Se aclara que la citada integración debe alcanzar a todos los niveles de la institución acreditada para asegurar la correcta gestión. Además, se dice que hay que instrumentar, de acuerdo a lo expresado, la integración al equipo gerencial de cada Unidad Ejecutora, del personal, de los servicios docentes actuantes en la misma, promover la inserción e integración progresiva de los servicios docentes en otras Unidades Ejecutoras del Ministerio de Salud Pública, ASSE e instrumentar un programa de evaluación para el reconocimiento formal de la función docente honoraria de los profesionales que actúan en los servicios del Ministerio. Con esto se demuestra hasta qué punto la voluntad de trabajo en conjunto está consagrada, incluso, en términos normativos. Además, se habla de múltiples convenios parciales relativos a la formación en internado, residentado, la actividad en distintos Hospitales como el Pereira Rossell u otros Hospitales públicos y la formación del médico joven a través de pasantías, es decir, se hace referencia a múltiples convenios de interacción entre el sistema de salud, la Facultad y la Universidad en general.

O sea que nuestra ubicación frente al proyecto del Sistema Nacional Integrado de Salud no es sólo una opinión sobre el mismo, sino una opinión en el sistema. Lo que estamos formulando son las dos cosas simultáneamente: una opinión sobre el sistema que se construye y una opinión sobre nuestra ubicación o posible aporte al mismo.

Por lo tanto, no opinamos desde afuera en este tema, sino que lo hacemos como actores y componentes del sistema de salud.

Nosotros trabajamos, a través del Hospital de Clínicas, en actividades de atención de salud integrales, de distintos niveles -básicamente, segundo y tercer nivel- y actuamos en los Hospitales públicos como el Maciel, Pereira Rossell, Pasteur, Vilardebó y el Instituto del Cáncer. Es decir que en distintos sitios nuestros docentes son componentes del sistema de atención y, en muchos casos, son los únicos actores y ejecutores de las actividades de atención. Actuamos en las policlínicas periféricas en el primer nivel de atención, en conjunto con el Ministerio de Salud Público y las Intendencias Municipales. Tenemos internos en muchos departamentos del país y residentes formándose y contribuyendo a la atención en distintos servicios en Montevideo y el interior.

Creemos que la opinión sobre este proyecto de ley no puede separarse de lo que es la ubicación sobre otras dos formulaciones legales que están estrechamente ligadas y que contribuyen a la construcción del sistema que se proyecta. Éstas son la ley de descentralización de ASSE -o ley de construcción de ASSE como servicio descentralizado- y la ley del Fondo Nacional de Salud. Probablemente los señores Senadores no tengan este tema en el orden del día, por lo que brevemente queremos señalar algunas opiniones sobre estos proyectos para ver cómo se combinan en el proyecto central. La ley de descentralización de ASSE, que compartimos en términos generales, en el inciso b) de su artículo 4º dice, con respecto a la Administración de los Servicios de Salud del Estado que se proyecta como servicio descentralizado, que hay que coordinar con los demás organismos estatales que prestan servicio de atención de salud, procurando al máximo accesibilidad a los servicios de salud y su mejor calidad.

Entendemos que ASSE, tal como está proyectada, debería coordinar con los demás organismos estatales que prestan atención de salud, incluyendo a la Universidad de la República y a la Facultad de Medicina. Eso no está mencionado en ningún lugar de este proyecto de ley y, sin embargo, están estrechamente integradas a los servicios programados como servicios descentralizados.

A continuación, voy a hacer señalamientos puntuales acerca de los pequeños proyectos y sobre el proyecto central.

El artículo 4º se refiere también a los cometidos del servicio descentralizado ASSE y no incluye entre ellos -como creemos que debe hacerlo- la función de investigación que también debe ser competencia de este organismo, la contribución a la investigación en salud ni la formación de recursos humanos en salud, que actualmente se cumple junto con la Facultad de Medicina. Creemos que es necesario realizar esas incorporaciones.

En el literal c) del artículo 5º se habla de suscribir convenios con organismos y servicios de salud públicos y privados. Eso significa que tendremos que rehacer nuestros convenios con el Ministerio de Salud Pública y este organismo descentralizado que se crea. Hay que prever y recomponer esto.

En el artículo 6º se crea un Consejo Asesor Honorario Nacional, que se integrará asegurando la participación de usuarios y trabajadores. Modestamente -y de acuerdo con los antecedentes y la historia- creemos que la Facultad también es capaz de participar en este tipo de consejos honorarios asesores.

A su vez, el artículo 8º, referido a recursos humanos, dice que el servicio descentralizado tendrá el personal que actualmente le pertenece o está afectado a las Unidades Ejecutoras. Creemos que también contará con el personal docente y los servicios asignados por acuerdo con la Universidad de la República, Facultad de Medicina y otras, tal como ocurre actualmente, pero no está mencionado en el proyecto de ley.

En cuanto a la llamada “Ley chica” -por lo menos en el ámbito de la Facultad y del Ministerio se ha hablado en estos términos- la versión con que contamos no tiene un título o definición, pero se refiere al Fondo Nacional de Salud.

El artículo 5º dice que los beneficiarios que ingresen al Fondo Nacional de Salud con posterioridad a la aprobación de la presente ley podrán optar, de acuerdo con lo que determine la reglamentación, por su afiliación a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva contratadas por el Banco de Previsión Social o a la Administración de los Servicios de Salud del Estado. Creemos que es apropiado agregar “y servicios de la Universidad de la República”. De lo contrario, quedan excluidos de esta formulación el Hospital de Clínicas y otros servicios con que contamos y que actualmente están incorporados al sistema de salud. Además, aspiramos a que el sistema de capitación o de pago por cuotas que va a regir para la financiación de los distintos servicios también alcance al Hospital de Clínicas y servicios relacionados.

Pensamos en el Hospital de Clínicas no como un servicio autónomo, sino incorporado a un servicio público prestador de salud. El Hospital no puede ser un prestador integral de salud completo, porque el primer nivel de atención debe ser combinado con el Ministerio y con las Intendencias en los distintos servicios que luego refieran los pacientes al segundo y al tercer nivel. Pero de todas maneras, el Hospital es un ingrediente válido del sistema de salud que debe formar parte del plan de capitación y, por lo tanto, según lo establece el artículo 8, los eventuales excedentes que resulten de la asignación de las cuotas correspondientes a los distintos organismos prestadores de salud se destinan únicamente a la financiación de ASSE. Dicho artículo dice que se destinará a financiar ASSE el importe de las cuotas que perciba, así como el excedente que surja de los aportes realizados por aplicación de la presente ley, luego de abonar la totalidad de las cuotas establecidas en el artículo 7º. Esto es lo que queríamos señalar en cuanto a las leyes parciales.

SEÑOR CID.- Creo que lo que está planteando el señor Decano es un tema bien importante y relevante, pero está totalmente desfasado con la dinámica que ha tenido el tratamiento del proyecto de ley. Esta iniciativa, llamada “ley chica” ya fue aprobada en el Senado, en el día de ayer se aprobó en la Cámara de Representantes, vuelve con pequeñas correcciones a la Comisión de Hacienda y allí se verá qué sucede, porque de no aceptarlas el siguiente paso es la Asamblea General. Entonces, mi pregunta es si este planteo que se está realizando ahora no tuvo un marco de relacionamiento entre la Universidad de la República y el Ministerio de Salud Pública a efectos de hacerlo notar. Reitero que lo que está planteando el doctor Schelotto es bien relevante y nos da la impresión de que se corre el riesgo de cometer una omisión de algo importante para la Universidad y para el sistema de salud.

SEÑOR SCHELOTTO.- Tenemos una Comisión de intercambio prevista en este convenio interinstitucional, llamada “Comisión Mixta”, en la cual planteamos nuestras posiciones sobre distintos aspectos que nos son comunes en la atención y la formación de recursos humanos de salud. La imagen del futuro del Hospital de Clínicas y de los servicios de atención de salud que brinda la

Facultad, ha estado en discusión y ha sido objeto de intercambio en distintos momentos. Sin embargo, hasta los últimos días o semanas no habíamos logrado formarnos una idea concreta de cuál era el objetivo que se había fijado el Poder Ejecutivo sobre esta ubicación del Hospital y de sus servicios. La idea de un hospital relegado a una función de tercer nivel, financiado exclusivamente por el Fondo Nacional de Recursos y sin acceso al nivel secundario de atención -lo que significaría un recorte de actividades médicas y formativas en tanto perderían relevancia servicios de medicina general y de medicina ambulatoria y la formación de recursos humanos en los mismos- no la teníamos clara como proyecto de Gobierno hasta estos últimos momentos. Por eso lo traemos ahora como preocupación o como tema a analizar, ya que realmente creemos que debe tenerse en cuenta el conjunto de los servicios de salud del país para la implementación de un Sistema Nacional de Salud y no solamente los que están contemplados en estas formulaciones legales. En fin, quizás estemos llegando tarde en ese sentido; de ser así, lo lamento.

Expresamos nuestro acuerdo general con la formulación que se presenta en el proyecto de ley del Sistema Nacional Integrado de Salud, con los principios, fundamentos, antecedentes y motivos que están explicados en las primeras hojas.

En la página 14 se dice que serán beneficiarios todos los habitantes del país sin discriminación alguna y con acceso a prestaciones de calidad homogénea. Son principios, motivos totalmente compartidos.

En la página 15 de la fundamentación se señala que se contabilizan como recursos del sistema los aportes de pasivos y de personas que no estén incluidas en la Seguridad Social, quienes aportarán proporcionalmente a las rentas que perciban, la base de cuyo cálculo será la tributación del Impuesto a la Renta de las Personas Físicas. En este caso no tenemos claro aún si la tributación con destino al sistema de salud será adicional a otros aportes que va a tener que hacer cada ciudadano, si estará incorporado al conjunto de lo previsto en la reforma. Pero estos son aspectos que en nuestra competencia no son fáciles de abordar.

En el artículo 3º de la formulación del proyecto de ley se señalan cuáles serán los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Creemos que allí, al igual que en el resto del articulado, falta -estos ya son aportes más concretos- una mención de los profesionales, los técnicos, los funcionarios, los trabajadores y sus condiciones de trabajo. Pensamos que el acceso por concurso de los técnicos y los funcionarios, la racionalización de sus condiciones de trabajo, la contribución a la formación de recursos humanos en salud y la capacitación continua de los mismos, el respeto a la independencia técnica de los profesionales y la protección institucional a su labor en tanto responda a las normas de trabajo institucionales, deben estar incorporados en algún artículo o apartado del proyecto de ley. Sabemos que se está elaborando un estatuto del trabajador de la salud que será aprobado por separado, pero reitero que, de algún modo, el tema de la formación de los recursos humanos, su incorporación al sistema y sus condiciones de trabajo deben estar por lo menos mencionados en algún sitio.

En el artículo 4º se establece cuáles serán los objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud. Por iniciativa de la Facultad de Medicina y del área de la salud de la Universidad, se incorporó -como punto siete del proyecto de ley del Poder Ejecutivo- el literal f), que dice: "f) Promover la investigación científica en salud". Esto es algo que nos resulta apropiado, pero creemos que también debe ser un objetivo contribuir a la formación y a la actualización de recursos humanos en salud, lo que podría ser incluido en un eventual literal g).

En cuanto al artículo 5º, puedo decir que hemos discutido, considerado estas disposiciones que refieren a la gestión sanitaria, a la fiscalización que compete al Ministerio de Salud Pública respecto a los prestadores de salud y entendemos que, en principio, no son contradictorias estas potestades que se le asignan al Ministerio con la autonomía universitaria, que es regla de funcionamiento de los servicios de atención de salud que desarrolla, en general, la Universidad y la Facultad de Medicina. De tal modo, creemos que se pueden buscar mecanismos que combinen ambas normativas sin que exista contradicción, como hasta ahora ha ocurrido.

De la misma forma que mencionábamos anteriormente, creemos que entre las competencias del Ministerio de Salud Pública que se enumeran en la ley -aquí o en otro sitio- conviene hacer mención a contribuir a la coordinación de la formación de recursos humanos en salud. Este es un aspecto que no está mencionado en ningún lugar del articulado.

En el artículo 6º se habla de la validación de tecnologías, que es también competencia del Ministerio de Salud Pública; allí se establece que la incorporación válida de nuevas tecnologías debe ser aprobada por dicho Ministerio. A este respecto creemos que también podría caber una intervención, un aporte, una contribución de la Facultad de Medicina o de la Universidad en su conjunto, aun cuando el gesto de incorporación formal de tecnología sea competencia del propio Ministerio.

En cuanto a las características de las instituciones que deben formar parte del sistema -lo que figura en el artículo 11- podemos decir que el Hospital de Clínicas tiene representación de sus trabajadores, aunque actualmente no la tiene de usuarios. Esta es una condición que se menciona para la integración al sistema y, en principio, no hay dificultad para que esta incorporación sea realizada. De tal modo, la Facultad y la Universidad están en condiciones de cumplir, por lo menos, con las disposiciones que están proyectadas.

En el artículo 14 se habla de los convenios que deberán suscribirse y allí nuevamente señalo que la Facultad aspira a rehacer los convenios que pueden ser con ASSE -organismo descentralizado- o con el propio sistema y la Junta Nacional de Salud.

En el momento en que el doctor Cid mencionaba la relevancia de los temas que estábamos incorporando, me quedó por señalar un detalle. Entre los intercambios que hemos estado realizando con el Ministerio de Salud Pública, con sus representantes en la Comisión Mixta, hemos señalado que en este momento, si bien la Facultad trabaja en conjunto con el Ministerio en los servicios que se constituirán como componentes de ASSE, sus docentes -nuestros docentes- perciben una remuneración que en este momento es menos de la mitad de lo que percibe un médico trabajando en un servicio asistencial público sin función docente. Estimamos que para armonizar el conjunto del sistema público deben equipararse las condiciones de trabajo; por lo menos, debe producirse un complemento de remuneración por actividad asistencial acorde al sistema de salud -porque la Universidad no está en condiciones de incorporarlo- equiparando la remuneración a la que actualmente correspondería a médicos y técnicos del sector público. Esto lo hemos hecho pensando en el Sistema de futuro, por lo menos para el corto plazo -o sea, para el período de transición hasta la construcción del Sistema en sí mismo- porque también esperamos que en adelante los salarios universitarios en general mejoren y quizás esta complementación pueda pensarse de otro modo. Sin embargo, en este momento está claro que no es sostenible una actividad en conjunto en la que colegas que trabajan en el mismo organismo perciban salarios que son la mitad o un tercio de los de otros puesto que, por ejemplo, precisamente quienes menos perciben tienen tareas agregadas de formación de estudiantes, de residentes, de internos, etcétera.

El artículo 24º se refiere a la Dirección de la Junta Nacional de Salud, que presidirá el Sistema Nacional Integrado de Salud. A este respecto, consideramos que tal como históricamente se ha hecho, si se entiende pertinente un aporte de la Universidad de la República, podemos presentar fórmulas para que sean incluidas en esta disposición. Por ejemplo, podría contemplarse la posibilidad de que uno de los candidatos para esa Dirección propuestos por el Ministerio de Salud Pública -uno de ellos presidirá la Junta- sea, a la vez, integrante de la Universidad, de modo de recoger el aporte universitario a la organización del Sistema Nacional Integrado de Salud. No pretendemos poner condiciones para integrar el Sistema, pero del mismo modo que nos parece apropiado incluir los recursos universitarios, el Hospital de Clínicas y todo el resto de los servicios, también estamos dispuestos a aportar a la organización y a la dirección del Sistema, si se entiende apropiado.

No se hace ninguna mención al carácter profesional que van a tener los integrantes de la Junta Nacional de Salud. Pero sería deseable -sin que se entienda como una condición necesaria- que para integrar la Dirección se contemplara la incorporación de médicos u otros profesionales con especial competencia en el tema que van a dirigir. Simplemente quisimos mencionar ese aspecto, porque no se había hecho referencia a él.

Con respecto al artículo 28, simplemente señalo que a partir de la incorporación del Hospital, de la Facultad y de la Universidad en sus distintos servicios y en la medida en que éstos cuenten con financiación -insuficiente, pero propia- también formarán parte de los recursos de que disponga el Sistema.

En cuanto al artículo 40, donde se señalan las prestaciones generales, mínimas, o uniformes que se exigirán para determinados prestadores de salud, no está totalmente claro si esta descripción es suficientemente explícita. Creemos que por tratarse de un tema central de la organización de un sistema de salud, que tiende hacia la uniformidad de las prestaciones de sus distintos integrantes,

parece apropiado no relegar solamente a la reglamentación una definición precisa y gruesa acerca de cuáles son las prestaciones principales y mínimas que deben cumplir los efectores. Esta duda que se nos plantea no constituye una invención de la Facultad, sino que se generó como consecuencia de los aportes de los distintos órdenes que la integran. En este sentido, nos pareció importante trasmitir a los señores Senadores la necesidad de examinar este aspecto, para ver si el Parlamento entiende apropiado o no incorporar precisiones sobre este punto.

En el artículo 49 se realiza la única mención en todo el proyecto de ley al Seguro Nacional de Salud. Allí se establece "que contará con un fondo único y obligatorio denominado Fondo Nacional de Salud". En esta norma nos da la impresión de que estamos ante sinónimos, donde el Fondo Nacional de Salud es simplemente el aspecto económico del mecanismo de seguro que financiará el Sistema. Nosotros no advertimos diferencia real alguna en este aspecto, pues parecen ser dos enfoques de un mismo organismo. De acuerdo con lo que aquí se establece, el Seguro Nacional de Salud no contará en sí con otro componente que no sea el Fondo Nacional de Salud. En fin, quería hacer estos comentarios no obstante entender que este es un aspecto no directamente relevante.

En el artículo 51 se detallan cuáles serán los aportes que se deberán realizar. Concretamente, se dice que los trabajadores públicos y privados aportarán al Fondo un 6% de sus retribuciones, lo que a nuestro juicio no coincide con lo que establece la "Ley chica" cuando habla de "un aporte de los funcionarios de un 3%, que se calculará sobre el total de las retribuciones sujetas a montepío". Quizá aquí se nos escapa a quiénes alcanza uno y otro artículo; puede ser que contemple a las mismas personas, pero se manejan dos cifras distintas.

Por otra parte, quiero señalar que en su momento planteamos a las autoridades del Ministerio de Salud Pública -y esto fue recogido en un repartido previo que elaboramos- que nuestra aspiración era la de que el Sistema Nacional Integrado de Salud contemplara la creación de un Fondo Nacional para la Investigación en Salud. Así como creemos que todo el sistema de salud tiene una competencia natural e importante en la formación de recursos humanos en esta materia concreta, entendemos que esa formación no puede ser construida apropiadamente sin la incorporación de conocimientos a través de la investigación.

Pensamos que esto tiene que ser una actividad fomentada y prevista en el Sistema y que se podría dejar establecida la asignación de un porcentaje del Fondo Nacional de Salud para la creación del Fondo Nacional para la Investigación en Salud.

El artículo 58 es el que se refiere al Fondo Nacional de Recursos que, según se dice, mantendrá su autonomía administrativa. Este punto ha sido objeto de discusión y no tenemos una opinión unánime sobre si el Fondo Nacional de Recursos debe mantener su autonomía y hasta qué punto debe incorporarse completamente al Fondo Nacional de Salud. No nos oponemos a la formulación contenida en el proyecto de ley; pero, reitero, tenemos distintas opiniones sobre este aspecto, por lo que la Comisión seguramente tendrá que considerarlas para tomar una decisión.

En suma, además de expresar nuestro acuerdo en términos generales con los propósitos e intenciones que se plantean, queremos manifestar nuestra buena disposición con respecto a la iniciativa y también explicar el modo que tenemos previsto para incorporarnos al Sistema Nacional Integrado de Salud. Sabemos que se está intentando colocar a las distintas instituciones en condiciones de contribuir igualitariamente a la integración del Sistema. Esto supone un apoyo importante a los servicios públicos para que el nivel de actividad asistencial sea equiparable al nivel de prestaciones que tienen algunos servicios colectivizados o con otra organización legal. Estamos de acuerdo con estas acciones que se están llevando adelante, pero creemos que ese tipo de avances también debe contemplarse con las instituciones que nos competen y que son de nuestra responsabilidad. Nosotros estamos haciendo todo lo posible -a través de ayuda oficial, externa y del Ministerio- por mejorar la calidad de nuestras prestaciones, por incorporarnos apropiadamente y brindar una contribución sustancial al sistema de salud.

En ese sentido, reiteramos nuestra buena disposición a que exista esa combinación que, lamentablemente, no vemos que se haya previsto expresamente en ninguna de las formulaciones legales que se han presentado.

Dejo por aquí mi exposición; quizás me haya olvidado de algunas cosas, pero intenté recoger todo los aspectos que hemos discutido.

SEÑORA XAVIER.- Estimo que la comparecencia de los miembros de la Facultad de Medicina ha sido muy importante. Creo que tenemos que estudiar cómo pueden compatibilizarse algunos aspectos de las dos leyes que ya hemos considerado en el Senado con esta última iniciativa. Asimismo, hay otros puntos señalados por el señor Decano que creo que perfectamente pueden incorporarse en la reglamentación de la Ley; en otros casos, habrá que buscar alguna vuelta jurídica para ver cómo se insertan. De todas formas, no escapa a nadie que este es un proceso en el que es bueno que se integren todos los actores -más aún uno tan importante como la Facultad de Medicina- desde un principio.

En síntesis, estimo que han realizado importantes aportes que nos van a llevar a buscar alguna vuelta que nos permita asumir algunos de los planteos que han realizado.

Me queda clara la voluntad de apoyar y de incorporarse al sistema, pero no me ocurre lo mismo con respecto a qué materias dentro de la currícula de la Facultad acompañan este proceso en la formación de los recursos humanos. Lo pregunto desde el punto de vista de lo que es una estrategia de atención primaria de salud -cuya efectividad mayor se ve en el primer nivel de atención, pero no es exclusiva de éste- y en relación a la formación de recursos en administración, en la medida en que un proceso de descentralización efectivo requiere de mayor capacidad humana en esos aspectos. Por eso, quisiera saber qué tenemos hoy desde el punto de vista de la formación de los recursos humanos a nivel de la Facultad.

SEÑOR FERRANDO.- Fui llamado para ocupar el cargo de Asistente Acádemico del Decano y, principalmente, para cumplir la tarea correspondiente al esfuerzo final del proceso de acreditación regional de la carrera en el MERCOSUR; por lo tanto, por extensión o por la naturaleza de esa función, para la coordinación de las actividades de enseñanza y de formación del Plan de Estudios, entre otras cosas.

Lo que acaba de ser aprobado y acreditado por cinco años -con todos los beneficios que ello supone, es decir, que una carrera sea acreditada regionalmente- es el Plan de Mejoras. Se dice sí al Plan de Mejoras en sus compromisos al día y hacia adelante, no en los compromisos de hace un año. Por lo tanto, lo que ha sido acreditado es un compromiso institucional, regional, nacional, universitario, político y personal de todos sus docentes para cumplir con el Plan de Mejoras. Se ha aceptado lo que se ha hecho en el Plan de Mejoras y lo que se proyecta hacer. Insisto en que lo que se ha acreditado es una reforma en el Plan de Estudios y una cantidad de intervenciones que están en camino.

En ese sentido, las intervenciones más relevantes que están en camino, tendientes a mejorar los recursos humanos en esos aspectos, se alinean totalmente con los fundamentos conceptuales e iniciales de la ley e implican acciones que buscan un aumento de la proporción de tiempo y esfuerzos -recursos humanos y también monetarios, por supuesto- para la capacitación en el primer nivel. Eso implicó inicialmente cuatro o cinco intervenciones: el fortalecimiento del Departamento de Medicina General Familiar y Comunitaria; la creación de un Instituto de Atención Primaria en Salud, interdisciplinario, contando con los aportes de acción del primer nivel, pero también en articulación con el segundo y tercer nivel; la formación de recursos humanos en el Sistema de Salud inicial, en los primeros y segundos años; la comunicación o relación médico-paciente inicial, es decir el contacto con la atención primaria desde el primer y segundo año; y, por último, inclusive por medio de esto, probablemente en un nuevo Plan de Estudios se planteará la creación de un título intermedio que permitirá hacer una especie de Licenciatura en Promoción de Salud, donde además se cumplirán los requisitos de articulación horizontal con otras carreras de la salud.

Por lo tanto, inicialmente ya se plantea una cantidad de esfuerzos, muchos de los cuales dependen del nuevo Plan de Estudios. Precisamente, el nuevo Plan de Estudios está "pariendo" -entre comillas- es decir que se está acelerando en su proceso para cumplir con los requisitos y con lo que se ha comprometido la Facultad en ese Plan de Mejoras. Con esto quiero señalar que el nuevo Plan -me refiero a las dos propuestas que están predominando en la Asamblea del Claustro- tiene un tiempo, recursos humanos y un peso en la currícula de escenarios ampliados en el sistema de atención primaria y en el Departamento de Medicina General Familiar y Comunitaria. Y luego, "grosso modo", iríamos a una salida de los estudiantes de los hospitales de primer nivel hacia nuevos escenarios. Todo esto está incluido en el Plan de Mejoras, que pretende ser una línea de trabajo de transición.

Recientemente, la Facultad ha tenido algunos contactos con el exterior, precisamente, con especialistas en reforma curricular y muchos dicen que lo más difícil y positivo que han hecho en su vida ha sido cambiar el Plan de Estudios en la Facultad de Medicina. A su vez, nos han comentado que

todavía hoy están metidos en esos conflictos y “pagan” o “pagamos todos” -entre comillas- los precios de haber intentado pasar a un Plan de Estudios mejor. Por lo tanto, en la mayoría de los sistemas se habla de un plan de estudios de transición y no de uno que permita, de un día para otro, tener un médico mejor, puesto que eso no sucede en la realidad. Incluso hay una articulación entre los médicos que fueron capacitados de una forma y los que tienen que adecuarse a nuevas situaciones de la comunidad.

En consecuencia, el plan de mejora, que fue acreditado y con el que estamos comprometidos, incluye una cantidad de intervenciones en curso y otras futuras, que fortalecen y mejoran mucho la proporción de la formación en lo relativo a los tiempos, a los recursos humanos, a los esfuerzos institucionales y personales de formación docente en la atención primaria de la salud, en gestión de salud, en administración, en articulación entre el primer, segundo y tercer nivel y, por supuesto, en formación respecto de aquellas patologías, pacientes y escenarios que representan el 80% ó 90% de las consultas médicas, para no utilizar el 90% del tiempo en ese 10% de patologías que se atienden dentro de los hospitales.

SEÑOR ROSADILLA.- Deseo agradecer la presencia de la delegación en el día de hoy y, sobre todo, la información que nos han aportado.

Quisiera plantear dos preguntas y la primera de ellas está vinculada con el hecho de que en algún momento de su exposición, el señor Decano de la Facultad, comentó que en una iniciativa proveniente de esa Casa de Estudios había sido incorporado el proyecto de ley. En ese sentido, me interesa saber si el conjunto de las demás opiniones, comentarios y propuestas realizadas por esa Facultad, también fueron volcadas al Ministerio de Salud Pública durante el proceso de conformación del proyecto de ley o si algunos de esos aportes fueron hechos luego de que la iniciativa ya estaba articulada. Si hubiese ocurrido lo primero, es decir, si a través de la Comisión Mixta o de otro tipo de articulación, el conjunto de las apreciaciones que realizó la Facultad -y que detalló aquí en el día de hoy- fueron enviadas a dicha Cartera, quisiera saber si se hizo por escrito y conforman un documento que pueda ser utilizado en nuestro trabajo.

Por otro lado, si bien al comenzar su exposición el señor Decano aclaró que los aspectos económicos y legales no son la principal pericia de la Facultad y que, por lo tanto, no iban a hacer comentarios demasiado desarrollados, me interesaría saber si algunos de los elementos planteados como, por ejemplo, las propuestas de integración o de complementación -y aclaro que no estoy pidiendo que esta información se brinde inmediatamente- han sido evaluadas en cuanto a su impacto económico sobre el conjunto del sistema que está propuesto.

SEÑOR SCHELOTTO.- Respecto a los aportes, en lo vinculado al articulado en concreto, el aporte formal se hizo a nivel personal. La interacción de la Facultad con el Ministerio de Salud Pública y, en general, con el Poder Ejecutivo es múltiple puesto que están presentes el Consejo Consultivo, la Dirección del Hospital de Clínicas, los distintos servicios combinados, etcétera. En cuanto a la instancia de la Comisión mixta, en la que el Decano interviene, acompañado de algún Consejero y junto al Subsecretario y a otros componentes del Ministerio, lo que aportamos en términos del articulado fue la aspiración de la incorporación de la función investigación y del Fondo Nacional de Investigación en Salud. El resto de las cosas que estamos explicando aquí no las hemos transmitido en términos de aspiración o de aporte al articulado del proyecto de ley, sino que hemos planteado al Ministerio nuestra visión en cuanto a nuestro aporte al sistema de salud, a los Hospitales, a los servicios públicos cogestionados o coadministrados. En relación a esto último, no hemos tenido una gran participación puesto que lo vinculado con la gestión de los servicios combinados compete y está a cargo del Ministerio. Lo que la Facultad hace es el aporte docente asistencial y se reserva o expresa su competencia académica sobre el desarrollo de esos servicios. Sobre todos los otros aspectos hemos intercambiado opiniones, pero no hemos formulado propuestas de articulado.

Olvidé mencionar que lo que hemos dicho acá lo podemos organizar en un escrito que podremos acercarlo de inmediato, de modo que no quede como un simple borrador, sino que pueda ser considerado de manera más formal. En parte, esto no se hizo previamente, porque no fue fácil dilucidar o llegar a comprender cuáles eran las intenciones del Ministerio de Salud Pública, del Poder Ejecutivo y de las autoridades que intervinieron en toda esta construcción respecto de la Facultad. Recién en los últimos tiempos nos hemos dado cuenta de cuáles eran y cuáles son las ubicaciones e intenciones que, en cierto modo, nos están asignadas, acerca de las que no tenemos concordancia total. Creemos que acá faltó una explicitación, no sólo de parte nuestra, sino también de parte del Ministerio de Salud Pública, del Poder Ejecutivo, en el sentido de cuál es el papel que se le asigna a la

Facultad y a la Universidad en la construcción del Sistema. Como decía, recién ahora tenemos una idea, ya que en la reunión del Consejo de la Facultad del día de ayer, recién pudimos plantear formalmente la pregunta. Da la impresión de que el papel que se plantea para el Hospital de Clínicas en este sistema no es el que se ha desarrollado a lo largo de toda la historia del Hospital ni de los servicios de salud universitaria. Nosotros vamos a producir alguna resolución que cambie el destino del Hospital y lo coloque en concordancia con el proyecto que aparentemente se tiene, la haremos llegar a consideración oficial y, de algún modo, sostenemos lo que ha sido la historia de la actividad de la Facultad, de la Universidad, en términos docente-asistenciales, ya que cabe destacar que nuestra actividad nunca es sólo de atención de salud.

La resolución, entonces, ha sido ésta; habiendo tomado conciencia de que cabe que se nos asigne un papel diferente, nosotros pretendemos para el Hospital de Clínicas, la Facultad y la Universidad en general, una ubicación dentro del Sistema de Salud que nos coloque como parte del prestador integral de salud pública, que está previsto en el Sistema. No somos un prestador de salud independiente, seremos un prestador de salud integral pleno en combinación con otros servicios públicos; esa es la ubicación que hemos tenido a lo largo de nuestra historia y que queremos seguir teniendo, pero no queremos quedar al margen de esta construcción ni relegados a un papel de desarrollo de servicios especializados o de validación de actividades docente-asistenciales producidas por otros actores. No, no lo queremos.

Creemos que nuestra actividad docente o docente-asistencial debe producirse en todos los niveles y debe seguir integrada en los servicios de salud públicos y, de ser posible, también en los privados. Siempre lo hemos intentado, pero en general no lo logramos.

SEÑORA PERCOVICH.- Considero que este último tema es muy importante, porque es el que tiene que ver con la prestación de servicios y se podría discutir largamente sobre esto. Sin embargo, me preocupa más el rol de la Facultad en lo que respecta a la investigación y, fundamentalmente, a la formación de recursos humanos, sin los cuales es imposible que funcione ningún sistema. Compartimos el enfoque. La prestación y la retroalimentación de las nuevas problemáticas deben estar íntimamente ligadas a la formación de los docentes. Para quienes hemos trabajado bastante en salud, una de las nuevas perspectivas específicas de las demandas es cierto retraso en la formación de los recursos humanos, justamente en el primer nivel, donde se perciben algunas carencias que están bien desarrolladas teóricamente en el documento que se nos presenta con los objetivos del Instituto de Atención Primaria, pero faltan algunas expresiones concretas.

Hace años que venimos trabajando -desde el trabajo comunitario- en la especialización en adolescentes, en temas de sexualidad, en la perspectiva de género -que está esbozada- y en los temas de violencia, sobre los cuales el Ministerio tiene guías específicas de formación, que vienen de sus propios programas, pero si no están incorporados en la formación de los docentes, posteriormente surge un desfase central. Tampoco vemos priorizado el tema geriatría, en una población como la nuestra. Espero que esa nueva perspectiva se profundice desde la Facultad en lo que respecta a la atención de los médicos generales, en la atención primaria, etcétera. No es posible que el sistema económico lleve a los jóvenes a decidirse por las especialidades que producen mayores réditos económicos. Tendrá que haber una equiparación en la forma de pago de los profesionales. En esos aspectos en los que a la Facultad le ha costado más adecuarse, me gustaría saber si se está encarando hacia las nuevas propuestas de que hablaba el doctor Ferrando para el Instituto de Atención Primaria.

SEÑOR SCHELOTTO.- Claramente, ésta es una de nuestras prioridades. Al comenzar su actividad, el Decano -personalmente empecé hace casi un año- busca sus acompañantes en la tarea. Uno de mis asistentes se ocupa de la actividad de enseñanza, la acreditación y la mejora de los procesos de enseñanza-aprendizaje. A su vez, la doctora Adriana Domenech, que no vino, pero podría contestarle a la señora Senadora con toda propiedad, es también una asistente joven, que se ocupa de los temas relativos a la Atención Primaria de la Salud o Atención de Primer Nivel. La preocupación central de la Facultad durante este período ha sido acompasar la formación de recursos humanos a los planes de desarrollo del Sistema de Salud y a las necesidades de la población. A lo largo de los años hemos hecho muchos intentos para desarrollar este aspecto -en tal sentido podemos citar el Programa Docente en Comunidad, la creación del Departamento de Medicina General, Familiar y Comunitaria, etcétera- pero esto siempre se ha hecho con retraso. En los últimos tiempos se ha producido un aumento en la cantidad de residentes que la Facultad forma en Medicina Familiar y Comunitaria y actualmente llega a 25 por año. A esta altura, habiendo terminado su formación varias tandas de residentes, se ha llegado a formar alrededor de cien especialistas en el área de la medicina familiar y comunitaria. A su vez, debemos sumar a esos recursos los docentes que han sido asignados al

Departamento correspondiente y la organización progresiva de una Cátedra de Medicina Familiar y Comunitaria. Cabe destacar que en estos momentos se ha hecho el llamado para el cargo de Profesor Grado 5 de la especialidad que, hasta este año, no había sido provisto.

Es decir que estamos construyendo con retraso, sin duda, pero acelerando en los últimos meses y semanas, la formación del médico general en la atención en el primer nivel y en medicina familiar y comunitaria. Simultáneamente, se continúa impulsando la formación de especialistas en esos aspectos de la atención. Curiosamente, este retraso que claramente percibíamos ya antes de asumir la responsabilidad del decanato, no era plenamente advertido por el propio Ministerio de Salud Pública. Ya entonces, en la interacción que teníamos con el Ministerio, se nos expresaba la satisfacción de la Cartera por los avances que la Facultad estaba teniendo en ese sentido. Pero eso no era cierto, porque la Facultad estaba -y está- claramente retrasada desde este punto de vista aunque, reitero, haciendo sustanciales esfuerzos para ampliar y mejorar la formación de los estudiantes en sus capacidades de trabajo en el primer nivel e incluso para formar especialistas en número suficiente como para conducir ese proceso de ampliación de las actividades de atención primaria y de desarrollo de los servicios correspondientes. La Facultad está formando especialistas, reitero, año a año contribuye ampliamente a aumentar el número de profesionales en ese nivel. Este año aspirábamos a que en la formación por residencias -que es una de las vías de formación adicional del egresado que consideramos como la más valiosa para incorporar a los profesionales al Sistema de Salud, eventualmente como especialistas- se ampliara el cupo en esta especialidad en particular. El Ministerio no lo ha previsto; solamente se ha aumentado el cupo para residentes en oftalmología y en anestesiología -lo que es muy necesario- así como en algunas otras especialidades, pero no en Medicina Familiar y Comunitaria. Sin embargo las Intendencias -y en particular la de Montevideo- sí van a asignar recursos a la formación de residentes en el primer nivel de atención. De modo que lo que no acordamos por un lado, quizás lo acordemos por otro, pero claramente es una orientación de la Facultad.

Quienes están en la organización de este sector formativo van a intervenir ahora en todos los ciclos de formación del médico, esto es, desde el comienzo en el Ciclo Básico -o como se llame en el nuevo Plan- y luego, en los primeros años -como no se hacía en tiempos previos- van a participar en todos los períodos de formación clínica. O sea que vamos a ampliar muy fuertemente la formación de los estudiantes y de los egresados en su capacidad de trabajo en el primer nivel en los distintos aspectos. El trabajo integrado en el primer nivel supone intervenciones distintas, donde hay que considerar nociones vinculadas a la sociedad, enfoques psicológicos y antropológicos, manejos de participación comunitaria, en fin, un conjunto de aspectos que el estudiante o el egresado deben ser capaces de incorporar para luego trabajar apropiadamente.

Disculpen que me extienda en este punto, pero es claramente una preocupación y una línea de acción de la Facultad que, además, la queremos extender -no porque no se esté cumpliendo- al conjunto de la Universidad. Es decir, apuntamos a que haya una acción horizontal de la Universidad donde también estén incorporadas las Facultades de Enfermería, Odontología y otras, como pueden ser el Servicio Social u otros de esa Casa de Estudios que puedan contribuir a la formación de recursos técnicos para el trabajo en un nivel.

SEÑOR COURIEL.- Me retiré un momento de Sala y tal vez entonces se explicó, pero no me quedó claro cuál es el papel del Hospital de Clínicas. Hay un Sistema Nacional Integrado de Salud, prestadores de servicios públicos -ASSE- prestadores de servicios privados y un Fondo Nacional de Salud que va a financiar a dichos prestadores de servicios privados. El Hospital de Clínicas tiene un papel central de formador de recursos humanos, pero quisiera saber cómo desearían ustedes que se incorporara al Sistema Nacional Integrado de Salud, porque no lo entendí.

SEÑOR SCHELOTTO.- Esperamos que sea parte del prestador integral de Salud Pública que se incorpore al sistema. O sea, el Hospital de Clínicas no puede ser de por sí, como entidad aislada, un prestador integral de salud en tanto como Hospital no contiene, por ejemplo, acciones en el primer nivel de atención, pero sí -a diferencia de otros servicios- capacidades de actuación en el tercer nivel que no poseen nosocomios diversos que integran el sistema público.

Entonces, integrado en el sistema público con centros de atención en el primer nivel a cargo o combinados con Salud Pública o las Intendencias -como se hace ahora, que derivan pacientes al Hospital- con una población a cargo que hay que definir, el Hospital puede formar parte del prestador integral público de salud. También aspira a ser tenido en cuenta en el mecanismo de capitación o sea de asignación de cuotas que le correspondan por ese papel a cumplir en la prestación de servicios de salud. De lo contrario, si el Hospital no tiene una población a cargo ni forma parte de los prestadores

integrales de salud, en principio, quedaría reducido en su desarrollo, por ejemplo, a la financiación universitaria o a través del Fondo Nacional de Recursos y los servicios especializados. De esta manera, perdería vigencia dentro del Hospital la atención ambulatoria y también, quizás, la atención de emergencia.

El Hospital ha hecho un gran esfuerzo por mejorar los servicios generales de medicina o de cirugía, en los cuales se forma gran parte de los estudiantes, que dependen para su actuación de cumplir con una actividad como prestadores combinados de atención de salud, en conjunto, con la formación de recursos humanos.

SEÑOR COURIEL.- Entendí perfectamente la aspiración, pero no sé si está contemplada por la ley.

SEÑORA PERCOVICH.- No la contempla.

SEÑOR SCHELOTTO.- Esto nos costó entenderlo; además, nadie nunca nos lo dijo expresamente pero, como expresé, terminamos por entenderlo. Entonces, ahora aspiramos a una posición distinta de la que parece habérsenos asignado.

SEÑOR ANTÍA.- En el mismo sentido, quiero saber si el Sistema Nacional Integrado de Salud está contemplando los costos y a cuánto llegarían los que hoy tiene la Universidad de la República en relación a profesores internos y a docentes que están desparramados por el Hospital Pereira Rossell, el Hospital Pasteur, etcétera. Me gustaría saber si esto está evaluado, si se calculó algún monto y si está previsto en los términos de la ley.

SEÑOR SCHELOTTO.- Pido al señor Senador Antía que nos aclare si su pregunta va dirigida a si nosotros tenemos calculado un monto o a si esto está previsto en la ley.

SEÑOR ANTIA.- Desearía que me dijeran si tienen calculado un monto y, a su vez, si está previsto en la ley. Pregunto esto, porque hay cientos de docentes e internos que también reciben sueldo por parte de la Universidad de la República. En definitiva, quiero saber si ese monto que hoy financia la Universidad está previsto dentro del nuevo Sistema, es decir, si se plantea devolvérselo a la Universidad o si se pretende financiarlo, manteniendo el costo a cargo de esa Casa de Estudios.

SEÑOR SCHELOTTO.- No hemos visto que este aspecto esté expresamente contemplado en las disposiciones de la ley principal o de los proyectos accesorios, por decirlo de alguna manera. Sin tener en cuenta al Hospital de Clínicas, hace poco tiempo elaboramos una enumeración de 267 docentes. Aclaro que estamos hablando solamente de docentes, sin tener en cuenta a los internos ni a los residentes, que se encuentran dispersos en diversos servicios de Salud Pública y que contribuyen a la atención en dichos servicios. Esta contribución se lleva a cabo con un esfuerzo muy importante, pero con remuneraciones muy escasas, por lo cual el costo de esos docentes es mucho menor que el de un número similar de técnicos que en este momento estén trabajando para los organismos oficiales. Habíamos calculado que para equiparar solamente a esos más de doscientos docentes a la remuneración mínima que están percibiendo los técnicos de Salud Pública en la actualidad, precisaríamos un monto anual de aproximadamente $ 20:000.000 y, por supuesto, no los tenemos. En tanto no los tengamos y en tanto no se contemple en el desarrollo del sistema una equiparación, seguirá habiendo una desigualdad o nuestros docentes tenderán a la extinción.

O sea que la calidad docente integrada al sistema de salud va a estar como relegada, porque es difícil sostener una actividad de buen nivel en esas condiciones. Aclaro que no hemos efectuado mayores cálculos. Por ejemplo, todavía no hemos estimado -el Hospital de Clínicas no hizo expresamente el cálculo; en realidad esperaba que el profesor González lo pudiera decir- cuánto más supondría esa equiparación si tomáramos en cuenta el conjunto de docentes que tiene ese tipo de actividad asistencial en el Hospital de Clínicas, que está compuesto por varios cientos. Pero, en definitiva, la cifra de $ 20:000.000 que mencioné da una idea inicial por lo menos de este aspecto.

Por otra parte, como ya dije anteriormente, estuvimos aproximando cifras sobre el gasto de la Universidad en salud y debo decir que la contribución universitaria no puede medirse sólo en esos términos, porque si tratamos de saber cuánto significa dentro del gasto nacional en salud, no llega al 5%. Sin embargo, creemos que la contribución es sustancial en otros términos, como ser, producción de conocimientos, incorporación de tecnología y formación de recursos humanos. Solamente la

Facultad de Medicina forma técnicos en 22 carreras de salud; además de Medicina, forma en Biología Humana -carrera recientemente incorporada- Obstetra - Partera, Nutricionista - Dietista, 18 carreras de tecnología médica, entre las cuales se encuentran las de Fisioterapeuta, Laboratorista, Radiólogo, Archivista Médico, etcétera. Por otra parte, además de las Maestrías y Doctorados, dicha Facultad tiene más de 50 especialidades médicas. Si a eso sumamos la contribución de la Universidad en términos de formación en Enfermería, Psicología, Odontología y los técnicos en estas diversas áreas, la formación es sustancial, más allá de las cifras que son adjudicables a la parte de atención directa de la salud.

SEÑOR ANTIA.- De lo que se ha planteado aquí se desprende que no está cuantificado el aporte que en materia de recursos humanos hoy hace la Universidad de la República a la salud pública. O sea, no tenemos ese dato. De pronto, habría que profundizar en eso, ya que el Sistema Nacional Integrado de Salud debería reintegrar ese aporte a la Universidad de la República con la finalidad de cubrir las dificultades que están planteando en cuanto al retraso salarial docente y a la posibilidad de abandono de sus espacios de formación. Quizás se podría reorientar esa contribución hacia los fondos de investigación. Me da la sensación de que a la hora de planificar las cápitas o los costos del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud, de la misma manera que no se han tenido en cuenta para pensar el monto general los 1:800.000 contactos de primer auxilio que hacen las emergencias médicas, tampoco se está teniendo en cuenta la cantidad de atenciones y contactos que por diversas vías está aportando la Universidad de la República al tratamiento de la salud pública nacional. Este es un tema que preocupa.

SEÑOR FERRANDO.- Voy a realizar un aporte que, si bien viene un poco de la mano de la enseñanza, es intrínseco a todo lo que se está planteando y puede dar lugar a una reflexión posterior que es mucho más compleja de lo que parece.

La excelencia en la asistencia es condición necesaria para la excelencia en la enseñanza en medicina. Esto se puede reducir en la expresión de que lo mejor es actuar con el ejemplo, cosa que, en Medicina, resulta muy complejo. Ahora bien; si después se llega a la excelencia en la enseñanza, hay que agregarle otras cosas. Pero si no hay excelencia en la asistencia, va a ser muy difícil lograr la excelencia en la enseñanza. Por lo tanto, es muy difícil separar y decir no sólo que es imposible enseñar medicina, sino que además hay una situación de especificidad relativa a la medicina, como carrera humana, que es diferente a otras. Uno puede pensar que un piloto de aviones puede estar muy bien en un sistema de simulación y ser tan excelente su salida desde la cabina, como lo es como piloto. Sin embargo, eso no ocurre en medicina.

El acto médico es tan intrínseco y está tan pegado a la asistencia que consideramos que está mal, en el vocabulario de la Universidad de la República, hablar de “funciones de extensión” porque, probablemente, el mecanismo sea al revés desde el punto de vista de la psicología cognitiva de los impactos en la educación en las escuelas de medicina.

Esta es la visión sobre la que tenemos que pensar -y así lo estamos haciendo dentro del ámbito de la Facultad de Medicina- para fortalecer enormemente las actividades de extensión y asistencia. Quizá el proceso sea el contrario, porque es condición necesaria y no suficiente una excelente asistencia para tener una excelente educación. Creo que debemos pensar sobre esto y proyectar el impacto que ello tendrá en cinco, diez o quince años, esto es, en los futuros médicos que nos atenderán a nosotros y a nuestros hijos y no en los que actualmente están ejerciendo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si no hay más interrogantes u observaciones que plantear, la Comisión de Salud Pública integrada con la de Hacienda agradece al Decano de la Facultad de Medicina, doctor Schelotto y a los doctores Ferrando y González, su comparecencia en este ámbito y les comunica que, ante cualquier eventualidad, nos mantendremos en contacto.

La Comisión queda convocada para el próximo jueves a la hora 10.

Se levanta la sesión.

(Así se hace. Es la hora 12 y 37 minutos)